

Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref:
Åse Jofrid Sørby
Tlf: 62563116
19/10319(2)

Arkiv:
/G00/&13
97751/19
-

Dato:
16.12.2019

HØRING FRA HAMAR KOMMUNE - NOU 2019 - 14 TVANGSBEGRENSNINGSLOVEN

Positivt:

- Lovutkastet innebærer at hva som menes med tvang blir noe tydeligere
- Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene. Fokus på funksjonsevne.
- Styrking av adgang til å forhåndssamtykke til tvang.
- Det blir lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse.
- Generelt sett har utvalget gjort et svært grundig utredningsarbeid på området barn og unge. Det er positivt at forsvarlighetskravet og barns rettigheter fremheves, noe som er i tråd med endringene i Barnevernloven – til en rettighetslov. Fra et barnevernfaglig perspektiv gjenkjennes spesielt problemstillingene og utfordringene som beskrives om *gråsonebarna*, - dilemmaer og uklarheter mellom Barnevernlov og Helselovgivningen. Barns rettigheter ved manglende samtykke fra foreldre er også aktuelle problemstillinger for barnevern og helsestasjon. Det er positivt at det foreslås økt grad av forebygging og tverrfaglig samhandling, dog savnes konkrete forslag til hvordan dette kan løses.
- Hamar kommune mener det er bra at tvangsbegrensningsutvalget i likhet med barnevernutvalget ser behov for en større utredning for å se på problemstillinger for barn og unge som er i grenseland mellom barnevern og helsetjenester, altså mellom hva som ansees å være omsorg og behandling. En barnevern- og helsereform som det legges opp til har som mål å styrke tiltaksapparatet for barnegruppen med kombinasjon helseutfordringer og sosialt fungeringsproblem.

Bekymring:

Generelt:

Et dokumentet på 800 sider utgjør en risiko for at mange kommuner ikke ser seg i stand til å gi et høringssvar.

Navn på loven bør vurderes endret til Tvangsreguleringsloven, alternativt Tvangskvalitetsloven eller Tvangsbruksloven fremfor Tvangsbegrensingsloven. Vi har forståelse for at utvalget mener at framtidig nemndsmodell må ha et annet navn enn «kontrollkommisjonen». Et alternativ til «tvangsbegrensingsnemnda» kan være tvangsreguleringsnemda.

En sammenslåing av lovverk blir svært omfattende – og bidrar ikke nødvendigvis til bedre oversikt og forenkling. Lovteksten oppfattes som vanskelig å få oversikt over og finne frem i. Det er inkonsekvent språkbruk og det er mye krysshenvisninger. Intensjonen bak lovforslaget er nok godt, men dekker det behovet for det som trenges i praksis?

Lovforslaget åpner for mye bruk av skjønn og fortolkninger. Det har også vært rom anvendelse av skjønn innenfor eksisterende tvangsregelverk, men Hamar kommune frykter at fagskjønnet kan bli mer «pulverisert». Det legges opp til at vurderingen for anvendelse av inngripende helsehjelp som pasienten motsetter seg blir foretatt på lavere nivå enn tidligere, for eksempel skjerming som behandlingstiltak.

En del av teksten som står i lovforslaget er dekket av annet lovverk. (§1-6 bruk av tvang, § 8-7 Bistandsplikt for politiet og annen offentlig myndighet)

Lovutkastet går langt i å definere hvilken behandling som er lovlig og hvilken som er ulovlig. Utvikling av medisin som fagområde går raskt, og det kan synes uklokt å ikke hensynta dette bedre i en lovtekst. (§§4-6 «*Særlige grenser for bruk av legemidler som skadeavverging*»6-14»*Rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antisykotiske midler*»,6-15 «*Rett til å reservere seg mot elektrokonvulsiv behandling*»)

Det er etisk problematisk at det blir åpnet for bruk av tvangsmiddel for å gjennomføre tvungen ernæring av anorektiske pasienter, men ikke for andre tilstander slik som for eksempel å kunne bruke ECT på suicidale psykotiske pasienter.

Det stadfestes i NOU-en at

«redusert tvangsbruk vil få positive konsekvenser for enkeltindivider og for samfunnet. Det er ikke mulig å tallfeste verdien av de samfunnsmessige gevinstene ved redusert tvangsbruk, men utvalget legger til grunn at redusert tvangsbruk på sikt vil kunne føre til besparelser i helse- og omsorgstjenesten, blant annet i form av reduserte skader og reduserte utgifter til helse- og omsorgstjenester».

Redusert bruk av tvang kan også ha menneskelige og samfunnsmessige kostnader. Dette berøres ikke i utredningen.

Vi er bekymret for at helsepersonell oftere kan bli satt i en situasjon der Helsepersonellloven §4 om faglig forsvarlighet blir brutt. Det samme gjelder brudd på andre krav som stilles til virksomheten. Arbeidsmiljøloven er sidestilt med helselovgivningen. Hvordan kan kommuner og sykehus sikre at arbeidstakere ikke blir utsatt for vold og trusler når sykere pasienter skal ivaretas i kommunene og i sykehus, med dårligere muligheter for å gi nødvendig behandling, i situasjoner hvor pasientene ikke samtykker.

Det er bekymringsfullt at personer som med helsehjelp og bistand kunne fått en bedre hverdag, nå vil bli mer overlatt til seg selv. Når det i tillegg er innført samtykkekompetansebaserte vilkår (fra 2017) for tvungent psykisk helsevern blir disse svingdørspasienter. Pasienten må bli «skikkelig» syke før tvangsbehandling er aktuelt, og slik behandling kan ikke skje lenger enn at pasienten har blitt «frisk nok», dvs inntil pasienten er i stand til å skape tvil om de har samtykkekompetanse. Ved tvil skal de vurderes som samtykkekompetente. Det foreslås at kravet om samtykkekompetanse skal utvides til å gjelde ruspasienter som vil frata mulighet for innleggelse såfremt de ikke er så psykisk syke at de kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Mange pasienter (rus/psykiatri) vil man derfor neppe komme i posisjon til å yte frivilling behandling til, og de kan stå uten et reelt hjelpetilbud.

Dette gjelder ofte svake pasientgrupper. Det er også en fare for at enkelte i denne gruppen begår alvorlige lovbrudd med store konsekvenser for de som rammes. Det er slik vi vurderer det en fallitterklæring dersom mennesker med et klart behov for helsehjelp, men som ikke samtykker til behandling, i stedet blir håndtert gjennom straffesystemet.

De økonomiske konsekvensene av redusert behandlingsmulighet for pasienter med et reelt behov for behandling er ikke berørt. Ei heller de økonomiske konsekvensene dette vil ha for pårørende og samfunnet for øvrig.

Sett i sammenheng med endringer i vergemålsloven blir situasjonen ytterligere forverret. Endringene tydeliggjør at det ikke skal være adgang til opprettelse av vergemål for personer hvor vergemålet er «i strid med vedkommendes vilje». Dette gjelder også om personene er ute av stand til å samtykke til vergemål.

Når det gjelder vergemål, så sendte Justis- og beredskapsdepartementet et brev til flere fylkesmenn våren 2018 om endret lovfortolkning fra departementet. Nå opprettholdes ikke lengre vergemål når personen selv motsetter seg vergemålet, der personen ikke forstår hva et samtykke til opprettelse av vergemål innebærer og der vergemål «antas» å være i strid med personens vilje. Endringene som synes komme er at det IKKE SKAL være adgang til opprettelse av vergemål for personer hvor vergemålet er «i strid med vedkommendes vilje». Dette gjelder også om personen er ute av stand til å samtykke til vergemål. Dette vil kunne ha fatale konsekvenser for enkelte personer med demens, personer med utviklingshemming, rusoverforbruk og f.eks. personer med bipolære eller schizo-afektive lidelser med repeterende og langvarige psykotiske perioder.

Sikkerhetspsykiatriveurderinger etterlyses i dokumentet. Det etterlyses hvordan man ser for seg at de sykeste og mest utagerende pasientene skal ivaretas. Fokuset på helsehjelp i kommunehelsetjenesten er liten.

Det er stort fokus i lovforslaget på psykiske lidelser og noe fokus på de med rus. Det er lite fokus på pasienter med somatiske helsetilstander der det kan være aktuelt med tvangsbehandling. Det er i stor grad kommunene som håndterer disse pasientene.

Kommentarer til de enkelte foreslåtte lovparagrafer:

Kapittel 2 Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m.

§ 2-3 «Tilbud om veiledning av foreldre» ses på som svært positivt og nødvendig

Kapittel 3 Beslutningsstøtte, pårørendes rettigheter mv.

1. I §3-5 «Tiltak for å sikre rettssikkerhet gjennom representasjon» angis det at fylkesmannen bør kontaktes dersom personen ikke har nærmeste pårørende for vurdering av oppnevning av verge. Kommentar: Fylkesmannens adgang til oppnevning av verge er svært begrenset, og kan i realiteten bare skje etter samtykke fra personene selv, (jfr. tidligere innspill om ad. brev fra Justis – og beredskapsdepartementet til flere fylkesmenn våren 2018 o endret lovfortolkning). Dette må sees i sammenheng med at utvalget også foreslår at PBRL § 4-7 «Om pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området» nå skal oppheves.

Kapittel 4 Tiltak i nødssituasjoner

Vi vil innledningsvis påpeke at det er positivt at loven regulerer muligheten for og vilkår for gjøre inngrep i nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Vi mener også at lovregulering og vilkårene som er satt for gjøre inngrep i nødssituasjoner, herunder skadeavvergende tiltak og alternativer til tvang, vil bidra til større bevissthet og kunnskap, med sikte på å få redusert bruk av tvang som i dag gjennomføres med hjemmel i straffelovgivningen.

2. I §4-1 «Inngrep i nødssituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett)» Begrepet «nødrett» er et begrep som brukes primært i straffelovens §17.

Andre ledd: Lovforslaget legger opp til utpregede skjønnsmessige vurderinger. Det er viktig at det ikke legges opp til subjektive fortolkninger, men at vurderingene skal gjennomføres innenfor rammen av et faglig forsvarlig skjønn, Det er derfor viktig at det blir utarbeidet gode retningslinjer og at det blir gitt god opplæring i forbindelse med implementering av nytt lovverk.

3. I §4-2 «Inngrep i nødssituasjoner av hensyn til andre (nødverge) «nødverge» er et begrep som hovedsakelig brukes i straffeloven §18. Det bør vurderes å brukes et annet begrep.
4. §4-3 «Bruk av særlig inngripende tiltak som skadeavverging nødssituasjoner» Intensjonen om begrensning av mekaniske innretninger til 3 år er god, men vi stiller spørsmål om det er gjennomførbart.

5. §4-4 «*Særlige grenser for bruk av mekaniske innretninger som skadeavverging*» Vi synes det er vanskelig å forstå hvorfor det skal være forskjell på godkjente institusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunale helseinstitusjoner når det gjelder bruk av mekaniske tvangsmidler.
6. §4-6 «*Særlige grenser for bruk av skjerming som skadeavverging*» Uklar formulering: Hva er beroligende medisiner? (sedative, angsdempende, motorisk dempende?) Hva menes med korttidsvirkende? Hvorfor forskjell på bruk inne i og utenfor spesialisthelsetjenesten?

Kapittel 5 Innleggelse og tilbakehold i institusjon

III Innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg

7. §5-4 «*Alminnelige vilkår for innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg*»

Pasienten har et sterkt behov for behandling for

d)«somatiske helseproblemer, pleie eller omsorg i helseinstitusjon i den kommunale helse-og omsorgstjenesten.» Betyr det eksklusjon fra mulighet til dette i spesialisthelsetjenesten?

§5-8 «*Innleggelse og tilbakehold som avlastningstiltak for pårørende*»

I forhold til personer med demens er muligheten for å fatte vedtak om tilbakeholdelse i avlastningsinstitusjon etter Hamar kommunes vurdering å anse som åpning for økt bruk av tvang. Vedtaket kan fattes for inntil et år.

Kapittel 6 Individuelle behandlings- og omsorgstiltak m.m

II Tiltak som pasienten motsetter seg

8. §6-9 «*Kontinuerlig observasjon utenfor helseinstitusjon*»
Her åpnes opp for «*vedtak om og gjennomføring av kontinuerlig observasjon utenfor helseinstitusjon som personen motsetter seg*», der «*det foreligger nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.*»

Hamar kommune ser et behov for at helse og omsorgstjenesten i enkelte situasjoner har et behov for å kunne iverksette kontinuerlig observasjon utenfor helseinstitusjon og støtter derfor lovforslaget. Kontinuerlig observasjon er en særdeles inngripende tvangsforanstaltning med mulighet for lang vedtaksperioder. Dette må likevel veies opp mot de samfunnsmessige og personlige omkostningene det har dersom man ikke har anledning til å gjennomføre denne type tiltak.

I merknadene til §6-9 (i kapittel 30) avgrenses målgruppen til mennesker med «uttalt kognitiv svikt». Dette fremkommer utydelig i lovteksten. Det stilles også spørsmål ved om utagerende, voldelige mennesker som ikke faller inn under denne kategorien, men som har tilsvarende samfunnsmessig fare, burde være omfattet av bestemmelsen.

Det er en fare for at tiltaket vil kunne åpne for mer bruk av tvang. Det er derfor viktig at vedtak fattes og gjennomføres innenfor rammen av et faglig forsvarlig skjønn, og at det

blir utarbeidet gode retningslinjer og at det blir gitt god opplæring i forbindelse med implementering av nytt lovverk.

III Særlige grenser for behandling av psykiske helseproblemer

9. §6-10 «Behandling av psykiske lidelser med legemidler»

7. «Før vedtak treffes skal personen være undersøkt av en lege som er uavhengig av den vedtaksansvarlige». Hva betyr dette? Kan man være ansatt samme sted (samme institusjon?) eller må man være ansatt i ulike institusjoner/nivåer? Bekymring: Kommunale leger får flere oppgaver i forbindelse med behandling med legemidler for psykiske lidelser. Dette er det ikke krav om i dag.

IV Særlige grenser for enkelte gjennomføringstiltak

10. §6-16 «*Forbud mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern*» Vi tror det er uklokt å legge en absolutt begrensning på bruk av mekaniske innretninger i psykisk helsevern, selv ikke der personen samtykker. Det er uklart hvordan denne paragrafen skal brukes sammen med §§4-2, 4-3.

11. §6-17 «*Arenamessige begrensninger for bruk av tvang i psykisk helsevern*» Det åpnes opp for gjennomføring av tvangstiltak i regi av psykisk helsevern utenfor det psykiske helsevernet, som f.eks i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det fremstår noe uklart om det i dette legges en forventning av at denne type oppgaver skal håndteres av kommunen og ikke av psykisk helsevern som i dag. I såfall stiller vi spørsmål om det er sannsynlig at kommunene klarer å opparbeide omsorgsarenaer hvor denne kompetansen finnes, herunder fagskjønnsmessige vurderinger, etiske betraktninger og vedtaks- samt gjennomføringskompetanse.

Kapittel 7 Rettighetsbegrensede tiltak og tvang i institusjon eller bolig av hensyn til felles interesser

12. § 7-1 « Adgang til å fastsette husordensregler»

Her legges til rette for at husordensregler i bemannet bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester kan benyttes til å gi mulighet for at virksomheten kan yte gode tjenester. Men dette begrenses til fellesarealer i boligene, og ikke til hele boligen. Dette mener Hamar kommune er uhensiktsmessig.

Beboere tildeles ofte bolig i kommunale botilbud med heldøgns helse- og omsorgstjenester, med bakgrunn i manglende bo-evne som betyr at egen bolig forfaller og blir ubeboelig.

For å unngå at dette gjentar seg i botilbudet, bør det kunne inngå i husordensregler for botilbud med heldøgns helse- og omsorgstjenester, at beboere faktisk må ta imot

tjenester i egen bolig, knyttet til å forbedre bo-evne og opprettholde en rimelig hygiene i boligen.

Hamar kommune mener også, at det bør kunne settes som betingelse i husordensregler for botilbud med heldøgns helse- og omsorgstjenester, at beboer (og dermed mottaker av tjenesten) må *benytte* seg av relevante helse- og omsorgstjenester som tilbys i boligen. Dette for å tydeliggjøre formålet med botilbudet og den tilknyttede bemanningen. Eksempler kan være boveiledning, jobbe med å komme seg ut, benytte buss, handle inn, hjelp til å komme i gang med aktivitet.

Med hilsen

Vigdis Galaaen
Kommunalsjef Helse- og omsorg

Dette brevet er elektronisk godkjent og sendes uten håndskrevet signatur.

Kopi til:

Vedlegg: